

CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Moderador: Raffi Standifer

6 de octubre del 2016

1:30 p.m., hora del centro

Coordinador: Bienvenidos y gracias por esperar. En este momento, los participantes se encuentran en el modo escucha solamente, hasta que comience la sesión de conferencia de hoy. En el momento de hacer una pregunta, presione asterisco 1 y grabe su nombre cuando se le indique. Esta conferencia se está grabando. Si tiene alguna objeción, puede desconectarse en este momento.

Ahora, me gustaría cederle la palabra a Chris Kosmos. Puede comenzar, Sra.

Chris Kosmos: Muchas gracias. Hola a todos. Soy Chris Kosmos. Directora de la División de Preparación Estatal y Local de los CDC y miembro del Grupo operativo de coordinación del estado en la Respuesta de gestión a incidentes por el zika. Ante todo, deseo agradecerles su participación en la conferencia nacional sobre actualización de la respuesta al virus del Zika.

Esta conferencia surge, básicamente, a solicitud de algunos socios estatales y locales a fin de mantener un contacto periódico entre sí con relación a determinadas actualizaciones relevantes, principalmente, la actualización del plan de los CDC que repercutirían en la planificación estatal y local. Por lo tanto, este es el primer tema.

Hoy les informaremos sobre tres importantes actualizaciones del plan para el zika en el territorio continental de los Estados Unidos, el plan para el zika en el territorio continental de los EE. UU. y Hawái y, esperamos que alrededor de las 3:00 en punto o unos minutos más tarde, se unan a nosotros nuestros socios de Florida que hablarán acerca de un MMWR del 30 de septiembre, que redactaron, y sobre algunas de las medidas de respuesta de Florida, las lecciones aprendidas, y compartirán, además, sus experiencias a partir de su respuesta al zika.

Y dando por sentado que todos conocen que Florida se encuentra en medio del huracán Matthew. Nuestros corazones están con todas las personas de Florida, Georgia, Carolina del Norte, Carolina del Sur y todos aquellos a los que Matthew pueda afectar. Obviamente, en los CDC estamos siguiendo muy de cerca estos acontecimientos. De este modo, si nuestros colegas de Florida no pueden acompañarnos hoy debido a esta situación, lo cual sería totalmente comprensible, tendremos que reprogramar esa parte de la exposición.

Pero hoy, los expertos de los CDC les brindarán actualizaciones con respecto a tres áreas específicas. Escucharemos a Emily Petersen que nos hablará acerca de algunas de las directrices actualizadas, que aparecen en el plan para el territorio continental de los EE. UU., en cuanto a las orientaciones para antes de la concepción. Koo Chung nos presentará la actualización de las directrices sobre seguridad de la sangre y John O'Connor hablará sobre el establecimiento de zonas de precaución y de transmisión activa. Y, entre cada uno de estos presentadores, tendremos tiempo para las secciones de preguntas y respuestas.

Además, en línea nos acompañan otros ponentes de los CDC como representantes de nuestros equipos de vectores, de epidemiología y de nuestro equipo de migración global y cuarentena, de laboratorio, así como de investigación médica. Por lo que si surge alguna pregunta relacionada con la respuesta, trataremos de contactar a nuestros expertos de los CDC para aclarar sus dudas sobre el tema. Entonces, cederé la palabra a Emily Petersen quien hablará sobre las actualizaciones en las directrices para antes de la concepción. ¿Emily?

Emily Petersen: Gracias. Buenas tardes. Los CDC han actualizado las directrices dirigidas a parejas que están pensando en concebir y también sus directrices para la prevención de la transmisión sexual del virus del Zika. Las mujeres y los hombres que han viajado o han tenido una discreta exposición por vía sexual con alguien que ha vivido en un área donde el virus del Zika está activo o que ha viajado a ella, presentan transmisión activa, independientemente, de la presencia o no de síntomas. Los hombres con posible exposición al zika, que están valorando la posibilidad de buscar un embarazo con sus parejas, deben esperar seis meses, como mínimo, tras su última exposición, si presentan síntomas, o tras la aparición de los síntomas. Perdón, tras la última posible exposición, en caso de no presentar síntomas o tras la aparición de los síntomas, si son sintomáticos, antes de tratar de concebir.

Las mujeres con posible exposición al virus del Zika, que están evaluando la posibilidad de quedar embarazadas, deben esperar al menos ocho semanas, antes de tratar de concebir. Esta recomendación no ha variado con respecto a las directrices anteriores. Las mujeres con posible exposición al virus del Zika, que no están embarazadas y no están pensando en quedar embarazadas y que sus parejas masculinas desean reducir el riesgo de transmisión sexual, deben usar condón, además del método anticonceptivo de su elección, o abstenerse de mantener relaciones sexuales durante los períodos de tiempo presentados antes.

Las mujeres en edad reproductiva con posible exposición al virus del Zika, que no desean quedar embarazadas, deben usar siempre el método anticonceptivo más eficaz que elijan. A los hombres y las mujeres que viven en un área con transmisión activa del virus de Zika y que están evaluando la posibilidad de buscar un embarazo en el futuro cercano, les recomendamos que consulten a sus proveedores de atención médica sobre sus planes de embarazo, durante un brote del virus del Zika, sobre los posibles riesgos de infección por el virus del Zika en el embarazo y cómo pueden prevenir esta infección. Y a los hombres y mujeres que están valorando la posibilidad de viajar y que también están tratando de concebir, les recomendamos evitar los viajes innecesarios a áreas con transmisión activa del virus del Zika.

Por tanto, la modificación más importante en estas directrices actualizadas es la prolongación del período en los hombres con posible exposición al virus del Zika, que no presenten síntomas, y la de esperar hasta seis meses para intentar concebir con su pareja. Las recomendaciones para este grupo ahora se corresponden con la recomendación para hombres que tuvieron síntomas del virus del Zika y la enfermedad, y esta modificación se fundamenta en los nuevos datos que se presentan a continuación.

No existen informes sobre una posible transmisión sexual de hombres sin síntomas a sus parejas sexuales. El ARN del virus del Zika se ha detectado en el semen de, al menos, un hombre sin síntomas y en el semen de hombres sintomáticos por un período de hasta seis meses. No existen datos que indiquen que los hombres que no segreguen el virus en el semen lo tienen durante menos tiempo que aquellos con síntomas. A pesar de contar con nuevos datos, aún quedan preguntas por responder. No sabemos si el ARN del virus del Zika en el semen puede transmitir la infección a una pareja sexual que esté sana. Una de las formas de responder a esta pregunta es haciendo un cultivo del virus del Zika tomado de una muestra de semen, aunque los métodos estándar de cultivo se encuentran en fase de desarrollo.

Y, hasta este momento, como ya he dicho, el ARN del virus del Zika se ha detectado en el semen por un período de hasta seis meses, luego de la aparición de los síntomas, pero el virus del Zika no se ha sometido a cultivo por más de tres meses, a partir del inicio de los síntomas y no se ha confirmado o reportado la transmisión sexual más allá de 41 días, después de la aparición de los síntomas.

Estas recomendaciones actualizadas incorporan lo que hemos aprendido desde la publicación de las directrices anteriores. Se espera que los períodos establecidos disminuyan el riesgo de transmisión sexual alrededor del momento de la concepción y eviten una posible exposición fetal temprana. Estas directrices se irán actualizando a medida que se disponga de nueva información.

Chris Kosmos: Muy bien, Emily. Para dejar en claro. Entonces, en el caso de las mujeres, ustedes les están pidiendo que se abstengan durante ocho semanas y que los hombres, con síntomas o sin ellos, por seis semanas. ¿Es así en pocas palabras?

Emily Petersen: Correcto. Y para las personas que están buscando un embarazo, recomendamos ocho semanas, esperar ocho semanas, a partir de una posible exposición, en el caso de las mujeres y seis meses para los hombres. Y las directrices sobre transmisión sexual en personas que desean prevenir el contagio de la infección por el virus del Zika a través de esta vía, recomiendan el mismo período de tiempo. O sea, ocho semanas en las que las mujeres deben usar condón o los métodos de barrera para prevenir la infección durante las relaciones sexuales o también pueden abstenerse de tener sexo. Y seis meses en que los hombres deben usar condón o abstenerse de tener sexo.

Chris Kosmos: Perfecto. Muchas gracias. Operador, ¿puedo abrir la sesión para saber si hay alguna pregunta?

Coordinador: Gracias. Si desea hacer alguna pregunta, presione asterisco 1 en su teléfono. Asegúrese de que su teléfono no esté en silencio y grabe su nombre de forma clara cuando se le indique. Deberá decir su nombre para introducir su pregunta. Si en algún momento desea retirar su pregunta, puede presionar asterisco 2. Repito, para hacer una pregunta presione asterisco 1 y grabe su nombre. Aguardaremos unos instantes a que comiencen las preguntas. Esperen, por favor.

Ya tenemos algunas preguntas. Estoy recogiendo sus nombres. Esperen un momento, por favor. La primera pregunta la hace (Christine Mogul). La línea está abierta.

(Christine Mogul): Buenas tardes. Gracias por responder mi llamada. Tengo dudas en el caso en que las parejas están planeando concebir. Si el esposo se expuso y debe esperar seis meses, ¿quiere esto decir que la esposa tiene que esperar también? ¿O que la pareja debe esperar ocho semanas más? ¿O los seis meses incluyen el período de espera de ocho semanas de la mujer?

Emily Petersen: Bien, gracias. Si el esposo estuvo expuesto, pero actualmente no lo está, y la pareja usa siempre condón de forma correcta o se abstiene de tener sexo durante seis meses, no es necesario esperar ocho semanas más para intentar concebir.

(Christine Mogul): Bien, gracias.

Emily Petersen: Gracias.

Chris Kosmos: Operador, si tiene alguna otra pregunta...

Coordinador: La próxima pregunta es de (Cheryl Hand). La línea está abierta.

(Cheryl Hand): Sí. Si una mujer regresa de un viaje, le hemos recomendado que espere ocho semanas, antes de concebir. ¿El seguimiento sería el mismo, si la mujer queda embarazada durante las ocho semanas que como hubiese sido antes de la exposición?

Emily Petersen: ¿La pregunta es si queda embarazada en el período de ocho semanas luego de la exposición?

(Cheryl Hand): Sí.

Emily Petersen: Bien, gracias.

(Cheryl Hand): Después de su viaje, ella regresa y queda embarazada dentro de las ocho semanas.

Emily Petersen: Muy bien. Tenemos directrices que recomiendan hacer pruebas a las mujeres embarazadas que conciben dentro de las ocho semanas, a partir de su regreso del viaje. Que serían las mismas pruebas que se recomiendan a las mujeres embarazadas. También tenemos recomendaciones para los cuidados del embarazo en las que padecen la infección por el virus del Zika, publicadas o actualizadas hace dos o tres meses, por lo que recomendamos seguir estas directrices.

Si quedan embarazadas en el período de ocho semanas luego de la exposición, recomendaríamos lo mismo que si se infectaran durante el embarazo. Aunque no conocemos el riesgo, actualmente recomendamos realizar las pruebas y tener los mismos cuidados que en el caso de infección durante el embarazo.

Chris Kosmos: Gracias. Solo nos resta indicarle el sitio web de los CDC, el sitio web sobre el zika, que puede buscarlo en Google. Y encontrará el sitio web de los CDC sobre el zika y todas las directrices aparecen en este sitio. Bien, operador, ¿tiene alguna otra pregunta?

Coordinador: No aparecen más preguntas.

Chris Kosmos: Está bien. Pasaremos, entonces, a nuestro segundo ponente de hoy. Koo Chung hablará acerca de las directrices actualizadas sobre seguridad de la sangre. ¿Koo?

Koo Chung: Les haré un breve resumen de lo que ha estado sucediendo hasta ahora en Puerto Rico y en el territorio continental de los EE. UU. En Puerto Rico, analizamos más de 33 000 unidades donadas, de las que 303, o el .9 %, resultaron ser positivas para la infección por el virus del Zika. En el territorio continental de los Estados Unidos, analizamos más de 413 000 unidades donadas, de las que 21, o el .005 %, se consideraron como donaciones presuntamente positivas.

El 28 de agosto, la FDA publicó las recomendaciones revisadas para reducir el riesgo de transmisión del virus del Zika a través de la sangre y sus componentes. Las recomendaciones de la FDA sugieren que todos los estados y territorios analicen las unidades individuales mediante pruebas de evaluación autorizadas por la FDA, con la aplicación investigativa de nuevas drogas, o se puede utilizar para el plasma y determinados productos plaquetarios una tecnología de reducción de microbios patógenos aprobada por la FDA.

La implementación de las directrices a partir de las recomendaciones publicadas tiene un carácter inmediato para los estados o territorios que reportaron uno o más casos de transmisión local a través de mosquitos. En el plazo de cuatro semanas para Alabama, Arizona, California, Georgia, Hawái, Luisiana, Misisipi, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Sur y Texas.

Reitero, los 11 estados son Alabama, Arizona, California, Georgia, Hawái, Luisiana, Misisipi, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Sur y Texas. Y en el plazo de 12 semanas para el resto de los estados de los Estados Unidos. Esta información también está disponible en CONUS actualizado, que pueden encontrar en nuestro sitio web. Además, hemos actualizado en el apéndice del plan CONUS el algoritmo para reportar a los departamentos de salud estatales los presuntos donantes de ARN.

Chris Kosmos: (Koo), permítame hacerle una pregunta. ¿Recomienda la FDA la evaluación de todas las donaciones, de las donaciones de sangre?

Koo Chung: Así es.

Chris Kosmos: Y entonces, los 11 estados son, repítamelo, ¿en qué se diferencian estos?

(Conversaciones cruzadas)

Koo Chung: Sí, estas implementaciones se realizan de forma escalonada. Por lo que si un estado ha reportado uno o más casos de contagio local a través de mosquitos, debe implementar de inmediato las nuevas directrices de la FDA.

Chris Kosmos: Perfecto.

Koo Chung: Los 11 estados que mencioné deben implementarlas en el plazo de cuatro semanas, a partir de la publicación de las directrices, el 28 de agosto.

Chris Kosmos: Perfecto.

Koo Chung: Y el resto de los estados tienen que implementar o deben implementar, para ser más exactos, las recomendaciones de la FDA en el plazo de 12 semanas, a partir de la publicación de las directrices.

Chris Kosmos: Entendido. Muchas gracias. ¿Algo más, Koo?

Koo Chung: Eso es todo.

Chris Kosmos: Muy bien, operador, ¿podría dar paso a las preguntas sobre seguridad de la sangre?

Coordinador: Gracias. A modo de recordatorio, si desean realizar una pregunta, presionen asterisco 1 y cerciorense de que sus teléfonos no estén en silencio cuando graben su nombre para que puedan ser presentados nuevamente. Si tiene alguna pregunta, presione asterisco 1 y grabe su nombre. Esperen, por favor, para escuchar las próximas preguntas.

Chris Kosmos: Perfecto. También sobre todo lo relacionado con el embarazo y los defectos de nacimiento. Todo aquello que pensaron y que no se trató.

Coordinador: Está entrando una pregunta. Un momento. La pregunta la hace (Linda Bell). La línea está abierta.

(Linda Bell): Sí. A los estados se les indicó anteriormente que se comunicaran con los SME de su estado para la recolección de la sangre, a fin de contar con un punto de contacto. ¿Se recomienda a los estados averiguar si los bancos de sangre ya han adoptado las medidas de evaluación recomendadas? ¿O podemos suponer que los bancos de sangre lo están haciendo por su cuenta y siguiendo las directrices de la FDA? ¿Qué responsabilidad tienen los departamentos de salud estatales?

Koo Chung: Los bancos de sangre son bastante proactivos en cuanto a la implementación de las directrices de la FDA, por lo que muchos de ellos acatarán las recomendaciones de la FDA y las pondrán en práctica. En cuanto a la responsabilidad de los estados, hemos estado pidiendo que los departamentos de salud estatales y los bancos de sangre de dichos estados mantengan líneas de comunicación activas entre sí para que estén informados sobre sus respectivos planes de respuesta al zika.

Las opiniones que nos han llegado de los estados y los bancos de sangre son positivas en cuanto al cumplimiento de este requisito. No les supondrá ningún problema llamar a los bancos de sangre y asegurarse de que están cumpliendo con esto, así como llamar a sus departamentos de salud estatales para comprobar que también están cumpliendo su parte.

(Linda Bell): Gracias.

Koo Chung: Por nada.

Coordinador: Nuestra próxima pregunta es de (Elizabeth Shipman). La línea está abierta.

(Elizabeth Shipman): Hola. Con respecto al embarazo y la información que se presentó antes de que usted hablara acerca de algunas de las recomendaciones que mencionó, escuché la frase exposición sexual discreta y creo que es la primera vez que la escucho. Por lo que me gustaría saber si puede aclarar el significado de exposición sexual discreta.

Emily Petersen: Bien, gracias. Reconocemos que, por diversos motivos, algunas personas no usan condón, por lo que pueden estar siempre expuestas por vía sexual, si tienen actividad sexual de forma continuada con una pareja con posible exposición al virus del Zika. Y a eso es a lo que me refería. Gracias por la aclaración. Conuerdo con usted en que no es un término que se usa comúnmente, pero solo me refería a eso.

Y lo otro que me gustaría añadir es que sabemos que cuando se publican nuevas directrices suelen aparecer otras preguntas, en dependencia de las diversas situaciones. Y que nos complace participar en las consultas clínicas con el estado. Una de las vías para comunicarse con nosotros es a través de zika@cdc.gov. Y es para nosotros un gran placer trabajar en las diferentes situaciones, ya que somos conscientes de la complejidad del problema y de que en muchos casos existen circunstancias particulares que pueden intervenir en la implementación de las directrices.

(Elizabeth Shipman): Bien. ¿Puedo hacer una pregunta de seguimiento?

Emily Petersen: Por supuesto.

(Elizabeth Shipman): ¿Varía la recomendación si la persona tiene una exposición sexual discreta, en comparación con una exposición sexual continua, en lo que respecta a pruebas o embarazo o ese tipo de cosas? ¿Existe alguna variación o es solo un modo de llamar las cosas, según mi opinión?

Emily Petersen: Correcto. Nuestra recomendación sería usar condón, después de la exposición sexual discreta. Pero si es continuada, entonces puede ser similar a cuando una persona puede tener exposición constante, como sucede al vivir en un área con transmisión del virus del Zika.

(Elizabeth Shipman): Perfecto. Muchas gracias.

Coordinador: Nuestra próxima pregunta es de (Hannah Oltine). La línea está abierta.

(Hannah Oltine): Hola. Mi pregunta tiene que ver con las razones para realizar las pruebas en unidades de sangre individuales, con respecto a hacerlas en un conjunto de donaciones.

Koo Chung: Gracias por la pregunta. Creo que voy a pasar esta pregunta a la FDA. Ellos fueron quienes presentaron estas recomendaciones en cuanto a los motivos para realizar análisis individuales y no, por ejemplo, en pequeños conjuntos, como lo hacemos en la evaluación del VIH, pero estas decisiones las toma la FDA.

(Hannah Oltine): ¿Y no cuenta con ninguna información sobre los motivos por los que tomaron tal decisión en este caso?

Koo Chung: No.

(Hannah Oltine): Gracias.

Koo Chung: Por nada.

Chris Kosmos: Pero la considero una excelente pregunta.

Hombre: ¿Podemos averiguar...

(Conversaciones cruzadas)

Chris Kosmos: Pienso que lo que trataremos de hacer es averiguar y saber si podemos dar una respuesta a la pregunta en nuestra actualización del viernes.

(Conversaciones cruzadas)

Koo Chung: Ellos ofrecen más detalles en sus directrices. Puede buscar en Google sus directrices. También aparece en nuestro sitio web. Hicimos un enlace de la página sobre seguridad de la sangre para la respuesta al zika y allí puede leer las directrices de la FDA completas. Y allí ofrecen más detalles en cuanto a los motivos y las razones, y sus fundamentos para la selección del mecanismo para las pruebas. Aunque allí pudiera haber más información de la que poseo en estos momentos.

Coordinador: Y nuestra próxima pregunta la hace (Kim Porter). La línea está abierta.

(Kim Porter): Muchas gracias. Esta pregunta también está relacionada con la seguridad de la sangre y perdonen si pasé por alto esta información. ¿Existe información disponible al público acerca de los lugares en el territorio continental de los EE. UU. donde se detectaron donantes positivos, solo a nivel estatal?

Koo Chung: Por supuesto. Es una excelente pregunta. En la actualidad, estamos trabajando con otros grupos operativos de la respuesta al zika para actualizar la tabla del sitio web en la que incluimos información acerca de los casos de contagio a través de mosquitos y aquellos relacionados con grupos tribales, por cada estado. Estamos trabajando para tratar de incluir información en dicha tabla sobre los que denominamos presuntos donantes virémicos.

Y aún estamos enfrascados en esta tarea con otros grupos operativos y con el CFDE para definirlos de una manera más precisa y llevar esa información al sitio web, pero en estos momentos no puedo divulgar esos datos.

(Kim Porter): Bien, gracias.

Koo Chung: Un placer.

Coordinador: No veo más preguntas en este momento.

Chris Kosmos: Muy bien. Nuestro tercer ponente del día de hoy es John O'Connor a quien ya conocemos del JIC. John nos hablará sobre el establecimiento de zonas de precaución y de transmisión activa. ¿John?

John O'Connor: Gracias, Chris, y buenas tardes a todos. Mi intención aquí es hacer una reseña de las revisiones recientes del plan para el territorio continental de los EE. UU. en cuanto al modo en que describimos y comunicamos los lugares de los Estados Unidos considerados como áreas de riesgo de transmisión del virus del Zika. Dichas revisiones aparecen en el Apéndice A, que comienza en la página 9 del plan. Aunque la mayoría de las modificaciones aparece en las páginas 17 a la 19.

Como recordarán, la versión anterior del plan de respuesta de los CDC describía un proceso para designar las áreas específicas de transmisión activa del virus del Zika y mostraba dichas áreas en mapas geográficos, en los sitios web de los CDC y de los departamentos de salud estatales. El método descrito en aquel momento era identificar áreas discretas limitadas que, según la investigación, mostraban ocurrencia de transmisión del virus del Zika.

El plan anterior también describía las directrices para viajes y otras intervenciones como las medidas intensivas para el control de mosquitos, que pudieran aplicarse en dichas áreas. El plan se revisó a partir de la experiencia adquirida por los CDC y el estado de Florida en la respuesta a los casos de transmisión local de la infección por el virus del Zika en ese estado.

Allí, las investigaciones mostraron que, aunque en algunos lugares, como la pequeña zona de Wynwood, se detectó transmisión activa del virus del Zika, que respondía a la definición del plan, también se reportaron casos aislados en otras áreas locales.

En un esfuerzo por presentar una visión más abarcadora del riesgo potencial de transmisión del virus del Zika, decidimos modificar el plan de respuesta para el territorio continental de los EE. UU. y ampliar el alcance geográfico del riesgo de infección por el virus del Zika que pudieran tener las personas.

Como parte de este nuevo enfoque, identificamos dos tipos de áreas geográficas de riesgo; un área de transmisión activa del zika, señalada como zona roja o área roja en el mapa, y un área de precaución por zika, señalada en el mapa en color amarillo o como zona amarilla.

De este modo, el área de transmisión activa del zika o zona roja es, en esencia, la misma que se designa como área de riesgo en la versión anterior del plan. Es un área geográfica donde los funcionarios locales, estatales y de los CDC han determinado que la intensidad de la transmisión del virus del Zika representa un riesgo significativo actual para las mujeres embarazadas y, por consiguiente, debe implementarse una combinación de intervenciones de prevención, incluidas directrices sobre viajes que aconsejen a las mujeres embarazadas no viajar al área.

Al definir una zona roja, los estados, en colaboración con los CDC, deben designar la ubicación más reducida, fácilmente identificable, que incluya en su totalidad el área geográfica para la intervención, definida por la investigación epidemiológica y entomológica. Se deben informar al público los límites de la zona roja con terminología y puntos de referencia que sean reconocibles para los residentes y los visitantes, p. ej., límites de calles, un barrio, un área de código postal, una ciudad o una frontera, según la extensión geográfica del área de transmisión. Las áreas deben ser claramente reconocibles para los residentes y los visitantes y, a su vez, deben reflejar de la mejor manera posible las prácticas habituales de las

jurisdicciones locales al indicar las áreas de riesgo de salud pública, para que la población pueda tomar las precauciones adecuadas. Eso aparecía en la versión anterior del plan.

Con la revisión, incorporamos una modificación importante en la que identificamos un nuevo tipo de área a la que denominamos Área de precaución por zika, y que en el mapa se muestra como área amarilla o zona amarilla. Esta representa una barrera de seguridad adicional donde quizás haya transmisión activa del virus del Zika, pero no hay evidencia que respalde la determinación de riesgo significativo actual para las mujeres embarazadas, que sea comparable con el riesgo que hallaríamos en las áreas rojas.

El consejo sobre viajes para las áreas amarillas definidas es que las mujeres embarazadas y sus parejas, preocupadas por una posible exposición al virus del Zika, también puedan valorar la posibilidad de posponer los viajes que no sean estrictamente necesarios al área. Esta es una norma menos restrictiva que la recomendación sobre viajes dirigida al área roja. Según las circunstancias locales, se pueden implementar intervenciones adicionales relacionadas con el zika; por ejemplo, pruebas de diagnóstico perfeccionadas, similares a las utilizadas en un área roja.

Se recomienda la denominación de un condado para la zona amarilla, ya que representa un área claramente definida para visitantes y otras personas con poco conocimiento o ninguno de la terminología local y de los puntos de referencia. No obstante, los límites pueden ajustarse conforme a la información local; p. ej., hallazgos de investigaciones locales o en algunos casos se señaló que sus condados son muy extensos, como sucede en algunos estados occidentales, entonces los límites del área amarilla pueden modificarse.

De este modo, un área de precaución amarilla se definiría del siguiente modo. Sería el condado que rodea el área roja más reducida designada; los condados que se encuentran dentro de 1 milla, en cualquier dirección, respecto a los límites de un área roja. Ante la ausencia de un área roja, los funcionarios de salud pública pueden designar un área amarilla si los hallazgos de una investigación local sugieren que es prudente tomar esa medida; por ejemplo, si se confirman tres o más casos aislados de transmisión local de la infección por el virus del Zika, sin estar relacionados en términos epidemiológicos, dentro de un período de 45 días, en un área geográfica como un condado.

Si la investigación en el lugar determina que la transmisión del virus del Zika es mínima, la designación de área amarilla puede postergarse o se pueden ajustar los límites, en espera de contar con más información. De lo contrario, si la investigación local determina que es necesario tener mayor precaución mientras se esperan los resultados, el área amarilla puede designarse antes de que se cumplan los criterios antes expuestos y aplicarse a un área más extensa. Entonces, contamos con una gran flexibilidad en cuanto a la definición exacta de lo que sería una zona amarilla.

Estas áreas amarillas y rojas se muestran en los mapas del plan para el territorio continental de los EE. UU., en la página 19, así como en el sitio web sobre el zika de los CDC. La página web de los CDC describe, además, las directrices dirigidas a las personas que viven en dichas áreas o que viajan a ellas. Y pueden encontrarlo en la parte del sitio web sobre el zika que describe las investigaciones actuales que se llevan a cabo en Florida.

Con esto termino mi presentación de la visión general sobre las modificaciones realizadas al Apéndice A de este informe. Me gustaría reconocer el trabajo de los funcionarios de salud estatales y locales de Florida, cuya investigación constante de los casos de zika en la zona sur de Florida ha sido de gran ayuda y permitió informar las modificaciones de esta sección.

Chris Kosmos: Así es, John. Sé que han habido conversaciones con funcionarios de salud de Florida y otros estados acerca del tipo de información; ¿qué debemos hacer para garantizar la salud y seguridad de la comunidad, a la vez que se esclarece realmente el riesgo de salud pública en esos límites? Quisiera preguntar, aunque quizá no conozcan la respuesta, pero una vez que se declara un área ¿cuáles son los requisitos para digamos, volver atrás con esa designación para que vuelva al estado anterior?

John O'Connor: Es una muy buena pregunta y algo que escuchamos mucho de los muchachos en el campo. El proceso para volver atrás la designación de las áreas implica, en el caso de las áreas rojas, fue el mismo proceso que se identificó en el último plan.

Es decir, que pasen 45 días sin, repito: 45 días, contados desde la identificación de la aparición del caso más reciente de zika. Esos 45 días equivalen a tres períodos de incubación de la enfermedad o la infección de los mosquitos. Para las zonas amarillas se usa la misma metodología, pero hay más flexibilidad en función de los resultados de la investigación en curso de los funcionarios locales y federales.

Chris Kosmos: Bien. Operador, ¿tenemos alguna pregunta? Estamos esperando que se sume la Dra. Celeste Philip.

Coordinador: Justo acaba de sumarse.

Chris Kosmos: Bien. ¿Hay alguna pregunta en espera? Si no hay, creo que le damos la palabra a la Dra. Philip.

Coordinador: Hay una pregunta entrando en este momento. Déjeme ver el nombre. Un momento, por favor. Y la pregunta es de parte de (Sue Ledford). La línea está abierta.

(Sue Ledford): Gracias, y gracias también por la presentación. Están haciendo un trabajo excelente. Tengo una pregunta referida a los modelos para todos los planes de respuesta frente a los riesgos. ¿Hubo alguna iniciativa para coordinar con preparación en lo relativo a los planes de respuesta frente a riesgos? Sé que tenemos las directrices, pero me pregunto si no sería beneficioso tener el proceso normal que usamos para los planes de preparación, creo que estaría bien. Quisiera saber si hay algún plan ya establecido.

(Conversaciones cruzadas)

Chris Kosmos: ¿Se refiere a de qué manera esto se integraría a todos los planes frente a riesgos?

(Sue Ledford): Correcto. Y pensando en ello desde el punto de vista de una enfermedad contagiosa, transmitida por vectores y por humanos.

Chris Kosmos: Ah, bien, bueno, es una gran pregunta. Siempre depende de la respuesta. Se habla de todos los riesgos y al momento de implementar la respuesta se arman planes específicos en función de la respuesta. Nunca llegamos al término medio de esas dos cosas.

Creo que es una gran pregunta y creo que vamos a tener que pensar un poco en esto. Creo que estuvimos pensando mucho acerca del zika y los planes de respuesta frente al virus y, honestamente, de qué manera esto contribuye en algunos aspectos a nuestra planificación frente a todos los riesgos, de alguna manera tiene que ver con que es la primera vez que incluimos el embarazo y los defectos de nacimiento en una de nuestras respuestas, que no solían ser una parte importante de nuestros planes frente a riesgos de salud en los CDC. Así que no sé con certeza qué opinan los demás acerca de esto. En general fue como rutina pero sí claramente amplió el alcance. Creo que vamos a tener que pensar un poco en esto y volver a contestarle en un tiempo.

(Sue Ledford): Bien, gracias. Una pregunta rápida más acerca de esto...

Chris Kosmos: Claro

(Sue Ledford): ... acerca de los criterios para las pruebas de detección. ¿Alguien va a hablar de posibles cambios en los criterios para las pruebas de detección?

Chris Kosmos: ¿Los criterios para las pruebas de laboratorio?

(Sue Ledford): Correcto.

Chris Kosmos: ¿Hay alguien de laboratorio conectado? Es posible que debamos dejar esta respuesta pendiente. Operador, ¿hay alguien del equipo de laboratorio en la llamada? ¿(Robin), (Amy)?

Coordinador: Si hay algún integrante del equipo de laboratorio favor de oprimir asterisco cero para que abramos su línea. Repito: oprimir asterisco cero.

Chris Kosmos: Lo que creo que haremos mientras esperamos para ver si alguno de nuestros SME de laboratorio está en línea es abrir la línea de la Dra. Philip. Tratemos de respetar los tiempos de la Dra. Philip porque sé que está en medio de una respuesta con mucha actividad, así que quiero agradecerle tanto por sumarse hoy a esta llamada. Sé que tienen muchísimo que hacer en Florida. Pero quiero que sepa que nuestros corazones y pensamientos están con ustedes en Florida, además de Georgia, Carolina del Sur y todos los estados afectados.

Así que, Dra. Philip, le pedimos que se sumara a la llamada por el trabajo magnífico que hizo al hablar con sus colegas sanitarios estatales acerca de algunas de las lecciones aprendidas en sus actividades de respuesta relacionadas con el zika en los condados de Miami-Dade y Broward, así como el trabajo que hicieron con el Dr. (Licos) y otros en torno a la elaboración del MMWR acerca de

lo aprendido y sus actividades de respuesta. Así que quería cederle la palabra para que comparta con el grupo cualquier cosa que le parezca relevante. Tiene su epidemiólogo, sus directores de preparación, de laboratorio y funcionarios de salud estatal, además de la gente de control de vectores, ¿hay algo que quiera compartir de su experiencia en Florida?

Dra. Celeste Philip: Claro, gracias, Chris. Creo que como mencionaron, hemos recorrido un largo camino para lograr lo que hemos logrado. Creo que me sumé a la llamada más o menos cuando alguien preguntaba cómo borrar una advertencia de viajes. Y nos complace decir que fuimos los primeros en publicar una y los primeros en lograr que pudiera eliminarse. Y creo que esto da cuenta de la cantidad de expertos de diferentes áreas a nivel local, estatal y federal que trabajan juntos, de manera interdisciplinaria.

Así que desde nuestros médicos, que fueron los primeros en darse cuenta y comenzar a analizar a la gente con síntomas que concordaban con el zika pero sin historial de viajes en llamar a nuestros departamentos de salud locales para hacer preguntas. Y lo cierto es que hicimos pruebas de detección a unas cuantas personas antes de detectar nuestros primeros casos positivos de zika contraído a nivel local.

Así que desde el principio y hasta entonces, el proceso de tratar de averiguar dónde podía haberse producido la exposición y dónde podía haberse producido la transmisión a través del rastreo de nuestra (incomprensible) epidemiología, tenía que ver con deducir dónde estaban esas personas durante su período de exposición.

Y esto implicaba generar muchas historias clínicas muy detalladas respecto de la exposición fuera del lugar de trabajo, en casa, el seguimiento con pruebas de detección orientadas a familiares, personas que vivían en la misma casa, compañeros de trabajo. Otra vez, si había algún evento además de las pruebas de detección que nos permitiera saber que teníamos personas que cumplían con los criterios de aparición de los síntomas a más de dos semanas uno de otro, en un

radio de una milla. Y eso es lo que desencadenó que primero marcáramos Wynwood como un área con transmisión local.

En ese proceso incluimos, obviamente, control de mosquitos, que en nuestro estado es responsabilidad local, así que esto implicó trabajar con el condado y su personal y sus directivos locales para tomar decisiones conjuntas, además de, todos los saben, el CERT que los CDC enviaron. Todo esto se desencadenó en unos pocos días, así que las primeras semanas fueron de mucha actividad. Y ahora miro hacia atrás y parece que el tiempo voló pero en el momento los días eran muy largos y todos los días aparecía un reto nuevo.

Así que creo que una de las preguntas que me hicieron funcionarios de salud estatales y otras personas en general es cómo identificamos el zika en los primeros casos de personas que no habían viajado (incomprensible). Y se reduce a dos médicos que lo pensaron y comenzaron a hablar del tema. Y no es que hubo un momento en particular en el que dijimos «ok, a partir de ahora vamos a empezar a indicar pruebas de detección». Se trataba en realidad de conversaciones acerca de los síntomas.

El sarpullido fue un síntoma común en los primeros cuatro pacientes que describimos, de hecho los síntomas comunes en los primeros cuatro pacientes que describimos en el artículo fueron fiebre, sarpullido y artralgias. Y esta es una de las preguntas que todos nos hacíamos: «en qué momento empezamos a indicar pruebas de detección». Y en realidad no hay una respuesta correcta, pero ahora pienso que sabemos que ocurrió en Florida, y estoy segura de que en muchos otros estados se están indicando pruebas de detección a personas que no viajaron al exterior.

También es interesante que muchas de las exposiciones se produjeron cerca de los lugares de trabajo o en entornos sociales que tenían un espacio al aire libre. Las mesas redondas en las que participamos al principio se concentraban... y uno mira las definiciones de lo que constituye una transmisión local, uno asume que

debería haber exposición en el hogar. Y hasta ahora hemos visto mucho menos de eso que de otros tipos de exposición.

Y creo que si uno tiene situaciones, y definitivamente las vemos en Miami-Dade, no solo en Wynwood y Miami Beach, sino en general, con climas más cálidos, con diferentes ocupaciones o actividades recreativas que generan la oportunidad de exposición, definitivamente son preguntas que es necesario hacer.

Y esos son los entornos y situaciones donde nuestro personal de control de mosquitos y nuestros epidemiólogos fueron para buscar lugares donde los mosquitos podrían reproducirse, y encontramos una cantidad de ellos en esos espacios y no en las casas. Y creo que ese es otro tema clave para tener en cuenta si se investiga una posible transmisión local.

En el MMWR, un tema clave también fue que lo que parecía funcionar al final era interrumpir la transmisión con el trabajo de mucha gente. La cantidad de equipos que trabajaron en busca de estos lugares de reproducción ocultos, que se dedicaron a reducir fuentes, se aumentó considerablemente, al igual que nuestros mensajes a los residentes y empresarios del área para que contribuyeran a la reducción de fuentes.

Pero fue recién cuando añadimos una combinación de fumigación aérea (larvicida) con naled y fumigación aérea con agua y BTI, que probablemente habrán oído nombrar como el «one-two punch» (golpe uno-dos), ahí recién empezamos a ver que caían las cantidades de mosquitos en las trampas de manera significativa y que se mantenían en niveles bajos durante varias semanas después de estos tratamientos. Y lo describimos en el trabajo. Alternamos los dos a lo largo de un período de cuatro semanas.

Y ese mismo modelo es el que se siguió en Miami Beach, que fue la segunda área donde descubrimos transmisión local. Si lo estaban siguiendo, quizá vieron que inicialmente hablamos de un área de 1 milla y media. A medida que nuestra investigación avanzaba descubrimos que había más casos fuera del área inicial. Así que la ampliamos a un área de 4 millas, 4 millas y media.

En la porción sur se siguió el mismo proceso y obtuvimos también buenos resultados. De nuevo, si siguieron el tema seguramente habrán visto que había muchos residentes de Miami Beach preocupados por el uso de naled y hubo resoluciones producto de las protestas públicas, todo muy desafortunado. Y la decisión de ampliar la fumigación en un área más grande, fumigación aérea, todavía está pendiente. El condado no avanzó.

Así que es un poco un experimento natural para ver de qué manera funcionan las diferentes metodologías o enfoques de tratamiento en los lugares donde usan tratamientos más tradicionales con piretroides y fumigación terrestre (aplicación de larvicidas). Así que estaremos atentos para ver qué pasa.

Pero hemos visto una cantidad de números más altos en el área de Miami Beach. Y, otra vez: creo que tiene que ver con el medioambiente, el hecho de que haya tantas actividades al aire libre en áreas densamente pobladas, con muchos edificios altos, mucha gente que vive allí, hoteles. Volvimos a ver esto en Wynwood, otro destino muy popular para los turistas con esta combinación.

Sospechamos que además de los casos asociados a viajes entre residentes de Florida que regresan y permanecen aquí, probablemente tengamos visitantes de los países del Caribe u otros países afectados que vienen a Miami Beach quizá por unos días y probablemente traigan el zika con ellos. Pero se trata de personas a las que no se les hacen pruebas de detección, así que no lo sabremos nunca. Así que es como hemos venido hablando, todas las diferentes fuentes de zika que ingresan al área. Es un reto porque probablemente se trate de una cantidad que nunca logremos cuantificar realmente, y eso es parte del desafío.

Nuestra metodología habitual con los arbovirus, es decir, para el zika es que una vez que se nos informa acerca de una prueba de detección a una persona, el departamento de salud del condado se comunica inmediatamente con control de mosquitos para iniciar las tareas de control y reducción de fuentes mientras esperamos los resultados de la prueba. Y hemos seguido ese modelo con el zika y creemos que hemos tenido algunas excepciones pero que en general ha sido efectivo con los casos que conocemos.

Pero para los casos asintomáticos a los que no se indican pruebas de detección, las personas en tránsito que van y vienen y podrían ser posibles portadores de zika pero nunca lo sabremos, es muy difícil en un condado como Miami-Dade, tan densamente poblado. Hay alrededor de 3 millones de residentes, además de todos los visitantes que entran y salen. Es probablemente la combinación de elementos que propició el florecimiento del zika y la razón por la que hay transmisión local allí.

Si bien tenemos otros condados con cifras altas de casos asociados a viajes y alguna que otra excepción en esos condados, no hemos observado una transmisión local sostenida en ninguna otra parte del estado. Así que creo que Miami es singular por muchas razones diferentes y por eso es un destino popular. Por eso a la gente le gusta vivir allí.

Pero en este caso, suelo bromear con el Dr. Frieden, esa combinación, que creemos que es buena para la salud porque las personas hacen actividad física y la incorporan a su día, también es buena para los mosquitos *Aedes aegypti*, porque tienen acceso a más personas diferentes a lo largo del día. Esas son algunas de mis primeras reflexiones. Con gusto responderé cualquier pregunta que puedan tener. Y lamento haberme perdido parte de la charla inicial, quizá repetí algo que ya se había dicho, pero les agradezco la oportunidad.

Chris Kosmos: Muchas gracias, y gracias por tomarse este tiempo. Ahora quiero resumir un par de cosas y luego, mientras esperamos las preguntas del resto, hacer un par de preguntas yo. Entonces hay algunas cosas que mencionó que valdría la pena replicar en otros estados, puede ser un enfoque proactivo cuando uno tiene una persona y está esperando sus pruebas de laboratorio o ya tiene el resultado confirmado, ya enviaron al equipo de control de vectores, ya enviaron a epidemiología, usan este enfoque de trabajo en equipo, proactivo, para intentar que la vigilancia y la investigación no se reduzca solo al ser humano sino también a los vectores. Me parece que esto es algo que querrán adoptar sus colegas de otros estados. ¿Podríamos decir que lo resumí bien?

Dra. Celeste Philip: Sí, exacto. Lo más reciente que tuvimos fue chikunguña pero no es infrecuente que aparezca dengue, y por supuesto Nilo Occidental, adoptamos este enfoque con cualquier arbovirus. Y debo decir que el énfasis debe estar claramente en el control de vectores. Así que pedimos al personal del distrito de control de mosquitos que inicie sus tareas de inmediato.

El personal de epidemiología puede o no participar, según qué esté ocurriendo. Creo que en el caso de chikunguña y dengue, donde los casos son muchos menos, probablemente hubo más trabajo conjunto desde el comienzo. Pero con el zika, hacemos pruebas... quienes siguen nuestras actualizaciones diarias, hay días que anunciamos, entre casos locales y asociados a viajes...

Hemos tenido días en los que anunciamos 30 casos si combinamos ambas categorías. Así que no es posible actuar de manera agresiva desde el punto de vista epidemiológico con cada uno de los casos. Así que para el seguimiento detallado a veces tenemos que esperar a que lleguen todos los resultados positivos y las pruebas de confirmación o lo que sea que uno implemente. Pero creemos que definitivamente tener un enfoque agresivo en términos de control de mosquitos fue efectivo para interrumpir otras posibles transmisiones.

Chris Kosmos: Correcto. Y esa metodología de golpe uno-dos de lo que hablaron realmente pareció ser muy efectiva para bajar la población de mosquitos.

Dra. Celeste Philip: Sí. Y esa metodología se adoptó con la intervención de los entomólogos y otros miembros del personal de los CDC, como próximo paso, porque lo que habíamos estado haciendo hasta ese momento no estaba bajando la cantidad a los niveles que queríamos. Y tenemos uno de los programas de control de mosquitos más sólidos del país y tenemos la suerte de contar con expertos, así que hablamos con un par de directores del distrito que sugirieron que por debajo de diez es bueno, por debajo de cinco es óptimo, y esa es la cantidad de *Aedes aegypti* hembras por trampa que nos pusimos como meta: lograr que estuvieran por debajo de cinco.

Así que este modelo, o bien este protocolo no se había usado antes y fue como una especie de experimento. Hay una noción, y yo misma lo decía antes de lograr controlar la situación, que había bajas probabilidades de que la fumigación aérea funcionara con los *Aedes aegypti*. Y cuando implementamos por primera vez esta combinación hubo periodistas que nos preguntaban: «en el sitio web de tal y tal dice que esto no funciona, ¿por qué lo hacen?»

Y en ese momento caímos en la cuenta de que claro, se había divulgado esa información. Y eso... creo que eso contribuyó a que pudiéramos comprender... y algunos de los comentarios anteriores... y realmente no soy experta pero de lo que aprendí, la tecnología de volúmenes ultrabajos, esas gotitas muy pero muy pequeñas que pueden penetrar en algunas de estas áreas más ocultas donde ponen huevos fue lo que... esa es la mejora en relación con los intentos anteriores de tratamientos aéreos para combatir a los *Aedes aegypti* que parecen haber marcado una diferencia.

Chris Kosmos: Qué interesante. Una pregunta más y luego abriremos la línea para que los asistentes hagan sus preguntas, si tienes un par de minutos más. Yo lo sé, tú lo sabes, y ya te he preguntado esto antes. Así que el reto de tener transmisión local y el reto de comunicar el riesgo a las mujeres embarazadas que viven allí, no las que visitan el lugar solamente, sino que viven allí... ¿Puedes contarnos un poco acerca de la estrategia para comunicar el riesgo a las mujeres que viven allí, trabajan allí y quizá no cuentan con los recursos para mudarse?

Dra. Celeste Philip: Sí. Antes de que ocurriera todo esto, definitivamente tuvimos charlas acerca de ello.

Y me gustaría poder decir que tengo una respuesta superadora de la que teníamos hace un tiempo. Pero la verdad es: es un período de conversaciones difíciles. De alguna forma me sentí más tranquila cuando hablé con algunos obstetras que dijeron que no es tan sencillo, que depende de la historia personal de cada mujer, en qué momento de su vida se encuentra... Existen mujeres que elegirían quedar embarazadas igual en medio de todo esto. Otras que ya están embarazadas tienen una perspectiva diferente y no les preocupa, pero creo que en general la mayoría se sintieron preocupadas.

Y escuchamos un par de anécdotas acerca de mujeres que se mudaron de estado simplemente porque las preocupaban las advertencias de viajes y sentían que no podían salir. Escuché un par de historias de mujeres que dijeron que no tenían la opción de irse, pero que tenían tanto miedo que simplemente querían quedarse en casa. Y un obstetra contó que tenía una paciente que ni siquiera quería salir para las consultas prenatales.

Así que tenemos esos desafíos. Y creo que en general no había una sensación de pánico entre las mujeres embarazadas, pero escuchamos que había mujeres que estaban convencidas de tomar la decisión. Y algunas lo hicieron porque pudieron y quizá no sepamos sobre algunas que, de haber tenido los medios, también hubieran dicho «bueno, sí, me quiero mudar a algún lado en el norte para no verme expuesta al riesgo y al estrés que provoca».

También creo que cuando decidimos indicar las pruebas de detección en todas las mujeres embarazadas a través de nuestros departamentos de salud, que es algo que de alguna manera hicimos en respuesta a la preocupación que habíamos escuchado que existía, la cantidad de llamadas que recibíamos después de publicar advertencias de viajes, decidimos extender desde nuestros departamentos de salud pruebas de detección de zika sin cargo para las mujeres embarazadas. Se presentó una gran cantidad de mujeres para las pruebas de detección, especialmente en las primeras semanas a partir del momento en que extendimos el alcance.

Esas cifras van disminuyendo de a poco y, creo yo, en parte porque ahora hay más pruebas disponibles y probablemente sus obstetras o consultorios de atención prenatal estén indicándolas y haciéndolas. Pero sigue siendo una cuestión difícil y, lamentablemente, hemos intentado aportar mensajes para los proveedores. Y realmente creo que quienes tienen relaciones estrechas con sus pacientes están en mejor posición de mantener estas conversaciones difíciles. Pero aun así creo que es una conversación difícil de tener, en la que hay que tomar decisiones, y todavía no tenemos una respuesta excelente para esto.

Chris Kosmos: Perfecto. Gracias, Celeste. Operador, podemos abrir la línea para quien desee preguntarle a la Dra. Celeste Philip algo acerca de la respuesta al zika en Florida.

Coordinador: Gracias. Nuevamente, a modo de recordatorio: si desean hacer una pregunta, opriman asterisco 1 y graben su nombre. Ya tenemos algunas preguntas en la cola. La primera es de (Laurel Boyd). La línea está abierta.

(Laurel Boyd): Hola. Gracias. Ya respondieron mi pregunta. Gracias.

Coordinador: Y la próxima pregunta es de (Vicki Kramer). La línea está abierta.

(Vicki Kramer): Gracias. Habla (Vicki Kramer) de California y quisiera volver a su descripción de las operaciones de control de mosquitos que están actualmente en proceso en el área de Miami Beach. Con base en su descripción, parece que se hizo algo de control aéreo en la porción sur de la región, pero no en el resto, quizá debido a la resistencia del público.

Pero también me pregunto si hay otros factores, como los edificios altos, los vientos costeros, que quizá reduzcan la efectividad de este tipo de operación, además de los resultados de las pruebas de resistencia a pesticidas. Entiendo que los *Aedes aegypti* tanto en el área de Wynwood como en la de Miami son algo resistentes a muchos de los piretroides, ¿esto puede haber influido?

Dra. Celeste Philip: Sí, gracias. La geografía de Miami Beach fue un punto particularmente interesante. Y antes de tomar la decisión de hacer tratamientos aéreos se analizó mucho el tema de los edificios: que si debía usarse un avión de ala fija o un helicóptero y tuvimos discusiones fuertes acerca del medio más adecuado.

Y al final no... cuando finalmente decidimos hacerlo asumimos que un helicóptero era la mejor opción. Resultó que cuando uno incorpora la corriente y la posibilidad de un avión de volar más alto con respecto a un helicóptero en la ecuación, y el hecho de que había que pasar cerca de los edificios, se concluyó que un avión de ala fija era una mejor opción. Así que completaron esos tratamientos. Y, como mencioné, las cantidades en las trampas en el sur de Miami Beach reflejan lo que las cifras están bajando.

La otra área de Miami Beach que añadimos es similar, pero con más áreas residenciales, no tantos edificios altos. Hay algunos, pero no tantos. Así que de nuevo, es una decisión difícil, creo, en función de la respuesta del público, los gobernantes locales demoraron la implementación de más fumigaciones aéreas allí. Espero haber respondido todas sus preguntas.

(Vicki Kramer): Los análisis de resistencia a pesticidas...

Chris Kosmos: Sí, claro mil disculpas, gracias. Vimos diferentes niveles de resistencia a piretroides y eso fue en parte la razón por la que se sugirió naled inicialmente en Wynwood, así que existe esto también.

(Vicki Kramer): Gracias.

Coordinador: Nuevamente, como recordatorio, si desean hacer una pregunta opriman asterisco 1 y graben su nombre. No veo más preguntas en espera.

Chris Kosmos: Bien, gracias. Muchas gracias, Dra. Philip. Aprecio mucho su tiempo y que se tomara unos minutos de lo que debe ser una agenda muy ocupada para hablar hoy con nuestro grupo. Tenemos un par de actualizaciones más.

Hablamos con el grupo de laboratorio y las actualizaciones a las directrices de laboratorio fueron aprobadas así que podremos actualizarlas apenas nos las envíen. Quiero recordarles a todos que los documentos con las directrices a las que nos referimos están en la página web de los CDC sobre zika. Y, operador, si no hay más preguntas, vamos a cerrar la llamada de hoy un poco más temprano.

Coordinador: Muy bien. No tengo preguntas en este momento.

Chris Kosmos: Está bien. Quiero agradecerles a todos el trabajo que hacen en torno a la enfermedad por el virus del Zika, les deseo buenas tardes. Muchas gracias.

Coordinador: Con esto damos por terminada la conferencia del día de hoy. Gracias por participar. Pueden desconectarse ahora.

FIN